UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1947 N° 79

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES DYSTOCIES CONSÉCUTIVES AUX FIXATIONS UTÉRINES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT EN OCTOBRE 1947

PAR

Michelle BAILLAUD-SALMON

MM. GUILHEM, *Président.*

P. FABRE,
J. VIRENQUE,
GRIMOUD, } *Assesseurs.*

BAÏSSET, *Suppléant.*

TOULOUSE
ÉDOUARD PRIVAT, Libraire-Éditeur
Libraire de l'Université
14, RUE DES ARTS (SQUARE DU MUSÉE)

1947

BAILLAUD-SALMON (Michelle).- Contribution à l'étude des dystocies consécutives aux fixations utérines. — *Toulouse,* Impr. Privat 1947, in-8°, 64 pages.

Thèse Médecine, Toulouse, 1947, *N°* 79.

BAILLAUD-SALMON (Michelle).- Contribution à l'étude des dystocies consécutives aux fixations utérines. — *Toulouse,* Impr. Privat 1947, in-8°, 64 pages.

Thèse Médecine, Toulouse, 1947, *N°* 79.

BAILLAUD-SALMON (Michelle).- Contribution à l'étude des dystocies consécutives aux fixations utérines. — *Toulouse,* Impr. Privat 1947, in-8°, 64 pages.

Thèse Médecine, Toulouse, 1947, *N°* 79.

BAILLAUD-SALMON (Michelle).- Contribution à l'étude des dystocies consécutives aux fixations utérines. — *Toulouse,* Impr. Privat 1947, in-8°, 64 pages.

Thèse Médecine, Toulouse, 1947, *N°* 79.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES DYSTOCIES
CONSÉCUTIVES AUX FIXATIONS UTÉRINES

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTE MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

DOYEN..... M. CALVET — ASSESSEUR..... M. LEFEBVRE

DOYENS HONORAIRES..... MM. BARDIER. — GORSE.

PROFESSEURS HONORAIRES. MM. DALOUS. — ESCAT. — RISPAL. — LAFFORGUE. — ARGAUD. — MOOG. — MÉRIEL. — CAUBET. — MAURIN. — RIBAUT. — SERR.

PROFESSEURS

Clinique de neurologie et de psychiatrie.....	RISER.
Clinique médicale.....	TAPIE (J.). — ROQUES.
Clinique obstétricale.....	GARIPUY.
Physiologie.....	SOULA
Clinique chirurgicale du cancer.....	DUCUING
Physique biologique et médicale.....	BUGNARD.
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques .	NANTA.
Chimie et Toxicologie.....	BRUSTIER.
Pathologie générale et médecine expérimentale .	SENDRAIL.
Clinique chirurgicale et gynécologie.....	LEFEBVRE.
Anatomie.....	VALLOIS. CLERMONT.
Histoire naturelle.....	DELAS.
Clinique médicale infantile et puériculture	SOREL (R.).
Pharmacie.....	CAUJOLLE.
Pathologie interne.....	MOREL.
Bactériologie, hygiène médicale sociale.....	ANDRIEU.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	N...
Clinique des Maladies des Voies urinaires.....	FABRE (P.).
Matière médicale.....	VINCENT.
Hydrologie thérapeutique et Climatologie.....	MÉRIEL.
Anatomie Pathologique.....	FABRE (J.)
Clinique Oto-rhino-laryngologique et Chirurgie Maxillo-faciale.....	CALVET.
Clinique ophtalmologique.....	CALMETTES.
Chimie biologique.....	MONNIER.
Médecine légale et Déontologie.....	PLANQUES.
Histologie et Embryologie.....	BROUSSY.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Physiologie...BAISSET, Obstétrique ..GUILHEM, Anatomie.... COULOUMA

AGRÉGÉS EN EXERCICE

Anatomie	M. LAZORTHES	Histologie	M. BIMES ch. f.
Médecine	GADRAT	Chirurgie	VIRENQUE
	DARNAUD		GRIMOUD
	GERAUD		RIEUNAU
	DARDENNE		DIEULAFE
	LAPORTE (J.)		DAMBRIN (P.)

Ophtalmologie	DÉODATY.
Chimie Médicale	VALDIGUIÉ (P.).
Physique médicale	MARQUÈS.
Pharmacie	COUTURIER.
Chimie Générale Pharmaceutique	BLANC.
Histoire Naturelle Pharmaceutique	DULUCQ-MATHOU.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Cours d'obstétrique aux élèves sages-femmes	GARIPUY.
Cours d'anatomie physiologique et pathologie aux élèves sages-femmes	GUILHEM.
Chimie pathologique	VALDIGUIÉ (P.).
Chimie Biologique	VALDIGUIÉ (P.).
Chimie minérale	BLANC,
Stomatologie	CADENAT.
Physique pharmaceutique	AUVERGNAT.
Dermatologie et syphiligraphie	BAZEX.
Législation pharmaceutique	BOUISSET.
Microbiologie	BOUISSET.
Clinique de la tuberculose	MOREL (L.).
	DAMBRIN.
Parasitologie	LASSERRE.
Botanique et Cryptogamie	DULUCQ-MATHOU
Chimie analytique	BLANC
Hydrologie et géologie	ASTRE
Médecine Sociale et du travail	BOUNHOURE
Anatomie médico-chirurgicale	THOMAS
Pharmacodynamie	BONHOURE
Bactériologie et Hygiène	LAPORTE
Urologie	LHEZ
Ophtalmologie	DEODATI
Neuro-Chirurgie	LAZORTHES
Oto-Rhino-Laryngol	CLAUX
Secrétaire de la Faculté	DUCROS

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats.
(Délibération en date du 12 mai 1891.)

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1947 N° 79

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES DYSTOCIES CONSÉCUTIVES AUX FIXATIONS UTÉRINES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT EN OCTOBRE 1947

PAR

Michelle BAILLAUD-SALMON

MM. GUILHEM, *Président.*

P. FABRE,
J. VIRENQUE, *Assesseurs.*
GRIMOUD,

BAÏSSET, *Suppléant.*

TOULOUSE
ÉDOUARD PRIVAT, Libraire-Éditeur
Libraire de l'Université
14, RUE DES ARTS (SQUARE DU MUSÉE)

1947

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE,

A MON PÈRE,

A MON MARI,

A MES ENFANTS,

A MES SŒURS,

A MA BELLE FAMILLE,

A MES AMIS,

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE,

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. GUILHEM,

Nous lui exprimons notre reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse et pour les nombreuses marques de sollicitude dont nous avons été l'objet.

A NOTRE JURY DE THÈSE,

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. FABRE,
Professeur de Clinique des maladies des voies urinaires.

Qu'il reçoive ici l'expression de notre gratitude pour les enseignements qu'il nous a prodigués et pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J. VIRENQUE,
Chirurgien des Hôpitaux.

En reconnaissance de l'intérêt qu'il nous a constamment porté au cours de nos études.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GRIMOUD,
Chirurgien des Hôpitaux.

Nous le remercions très vivement d'avoir accepté d'être notre juge.

MONSIEUR LE PROFESSEUR BAISSET,

Qu'il veuille bien recevoir tous nos remerciements.

A TOUS NOS MAITRES DE LA FACULTÉ,

A MONSIEUR LE PROFESSEUR M. MAYER,

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris,
Gynécologue accoucheur des Hôpitaux de Paris.

Nous devons à son obligeance plusieurs de nos observations. Nous le prions d'accepter toute notre reconnaissance.

INTRODUCTION

C'est seulement au XIX^me^ siècle que, grâce aux progrès réalisés dans le domaine de l'aseptie, les chirurgiens, désireux d'apporter un remède durable aux prolapsus génitaux, ont pu concevoir et tenter diverses opérations destinées à remplacer les moyens thérapeutiques non sanglants, mais uniquement palliatifs, employés jusqu'alors.

Ces interventions ne s'adressaient tout d'abord qu'aux prolapsus; mais, constatant que la rétroversion est souvent le premier temps du prolapsus, ou tout au moins, est une position de l'utérus favorable à le créer, les chirurgiens s'essayèrent à réduire cette rétroversion. Celle-ci d'ailleurs, même si elle n'est pas toujours l'amorce d'un prolapsus, peut engendrer suffisamment de troubles par elle-même pour justifier une opération.

Dans la recherche d'une technique convenable pour la cure du prolapsus ou de la rétroversion les gynécologues se proposaient d'apporter à leurs malades une guérison durable, définitive même, en réalisant une fixation utérine solide. S'ils avaient affaire à des femmes jeunes il fallait, de plus, leur laisser la possibilité des futures maternités qu'elles étaient en droit d'espérer mener à bien, dans les meilleures conditions possibles de sécurité pour elles-mêmes et pour leur enfant. C'est pour atteindre ce

double but : guérison définitive et avenir obstétrical possible que les chirurgiens ont mis au point de nombreuses techniques de fixation utérine.

Les procédés opératoires apparaissent alors en grand nombre, chaque auteur étant désireux d'obtenir le résultat le plus parfait à tous points de vue. Toutefois, ces nombreuses techniques si variées dans leurs détails peuvent se résumer en deux méthodes essentielles : la fixation utéro-pariétale directe et la fixation indirecte se réalisant par l'intermédiaire des ligaments ronds.

De tous ces modes opératoires le premier en date est celui d'ALQUIÉ. En 1840, en effet, ALQUIÉ présente à l'Académie de Médecine un mémoire, que celui-ci refuse, où il parle d'une « nouvelle méthode pour traiter les déplacements de l'utérus ». Cette nouvelle méthode n'est essayée que beaucoup plus tard en 1881 et 1882 par ALEXANDER, de Liverpool, et ADAM, de Glasgow et ne devient qu'ensuite d'une pratique courante.

Quelques années plus tard, en 1889, TERRIER décrit une hystéropexie directe qui doit être faite dit-il : « aux dépens du fond et de la face antérieure de l'utérus dans la plus grande largeur possible ». Cette intervention est rapidement adoptée par un grand nombre de chirurgiens qui en vantent les heureux résultats et elle connaît alors une grande vogue. DOLERIS lui-même, qui deviendra plus tard le grand défenseur de la ligamentopexie, n'imagine son premier procédé de fixation ligamentaire qu'en association avec l'hystéropexie directe.

Bientôt pourtant malgré les observations de grossesses menées à terme et d'accouchements normaux chez des femmes hystéropexiées certains obstétriciens constatent

d'importantes dystocies chez d'anciennes opérées. C'est ainsi que DEMELIN fait paraître dans « l'Obstétrique » de 1896 un certain nombre de cas de dystocies graves consécutives à des ventrofixations. De même PINARD présente à la Société d'obstétrique de 1899, six observations de même nature.

Toutefois les discussions restent vives entre chirurgiens et accoucheurs, chacun garde son avis et offre à l'appui les faits cliniques qu'il a recueillis.

C'est seulement lorsque DOLERIS présente, en 1901, son deuxième procédé de ligamentopexie que l'hystéropexie directe commence à perdre sa faveur auprès des gynécologues. Et lorsque DARTIGUES présente, en 1906, sa nouvelle technique de fixation ligamentaire rétro-utérine il gagne à la ligamentopexie de nouveaux partisans. L'opération de DOLERIS et la sienne sont en effet reconnues comme beaucoup moins fertiles en accidents obstétricaux que l'hystéropexie. La question est étudiée attentivement par de nombreux auteurs, des thèses comparent les méthodes de fixation utérine, et dans l'ensemble, chirurgiens et accoucheurs estiment que le DOLERIS est avec l'opération de BALDY-DARTIGUES la moins dangereuse pour l'avenir de l'opérée.

On reproche bien au DOLERIS de rares dystocies et on l'accuse aussi de permettre facilement les récidives et de favoriser les gestations ectopiques et les accidents d'occlusion mais pratiquement on tend de plus en plus à abandonner la ventrofixation au profit de l'une ou l'autre des ligamentopexies.

DELBET et CARAVEN pensant alors que les dangers de

l'hytéropexie relèvent d'une mauvaise technique, inaugurent en 1908 l'hystéropexie isthmique.

Depuis longtemps déjà on avait remarqué que plus les adhérences utéro-pariétales sont étendues et plus l'utérus est antéversé, plus les accidents obstétricaux risquent de se produire. Ainsi, dès 1896, DEMELIN disait : « Plus l'utérus est attaché bas, plus l'antéversion artificielle est prononcée et plus les accidents sont à redouter ». Un peu plus tard, en 1904, M. OUÏ rappelant l'opinion de PINARD estime que la ventrofixation est moins dangereuse lorsqu'on évite de fixer le fond utérin et qu'on limite les adhérences à la face antérieure.

C'est, en somme, en poussant à sa limite extrême cette idée de rétrécissement de la zone d'adhérence et de diminution de l'antéversion que DELBET et CARAVEN réalisent la première isthmopexie. Ils supposent qu'en libérant le fond et la face antérieure de l'utérus le développement de la grossesse pourra s'effectuer normalement et 11 observations de succès viennent confirmer leur opinion.

Devant ce résultat les gynécologues s'enthousiasment pour cette nouvelle méthode et publient leurs succès mais la ligamentopexie garde quand même beaucoup de partisans. Elle est responsable de trop peu de dystocies pour n'être pas la méthode préférée des obstétriciens et si l'on fait paraître dans des revues et dans des thèses les réussites de l'isthmopexie on continue également de publier celles des ligamentopexies. Au total, d'ailleurs, ce sont elles qui gardent le plus de fidèles. On les trouve parmi ceux qui préfèrent une intervention prudente à une intervention hardie et qui persistent à penser avec

Doleris que les fixations ventrales sont antiphysiologiques.

Malgré tout, les divergences persistent et si l'hystéropexie corporéale a reçu trop de critiques pour continuer à être souvent employée, l'hystéropexie isthmique, par contre, connaît un nouvel essor sous l'impulsion de MM. Leibovici et Yovanovich. Se fondant sur leurs observations personnelles ils exposent dans la revue de chirurgie de 1937 les conclusions tirées de ces observations. Pour eux l'hystéropexie purement isthmique, faite le plus haut possible sur la paroi abdominale est le procédé de choix pour réduire le prolapsus chez la femme jeune car il favorise la conception et permet le développement normal de la grossesse et de l'accouchement. Ils affirment, comme Delbet et Caraven, que cette méthode permet l'ampliation utérine nécessaire à la gestation et ils relatent les succès qu'ils ont obtenus avec elle. Il est incontestable, en effet, que l'hystéropexie vraiment isthmique s'oppose moins fréquemment à la bonne marche de l'accouchement que la ventrofixation des anciens auteurs qu'elle a maintenant susplantée mais les dystocies qu'elle entraîne, si elles sont plus rares ne sont pas moins graves qu'après cette ancienne hystéropexie corporéale. C'est cette gravité même que nous nous proposons de faire ressortir ici en rapprochant des cas d'accidents obstétricaux consécutifs à ces deux sortes de fixation utérine et nous verrons ainsi qu'une hystéropexie même isthmique peut constituer un véritable danger pour l'avenir d'une femme jeune, capable encore de maternité.

Nous commencerons donc ce travail par le récit des

observations anciennes et des observations récentes que nous avons pu recueillir.

Nous le ferons suivre de l'étude critique de ces observations puis nous essayerons d'en dégager l'étude du mécanisme des dystocies qu'elles relatent et de rappeler la thérapeutique que l'on peut y apporter.

Nous terminerons enfin en indiquant l'opération de fixation de l'utérus qui nous paraît devoir être choisie pour préserver autant que possible l'avenir obstétrical de l'opérée.

I

OBSERVATIONS

Parmi les observations que nous allons rapporter, l'observation n° 12, qui a inspiré ce travail, nous a été fournie par Monsieur le Professeur GUILHEM. Nous tenons à lui exprimer ici toute notre reconnaissance pour nous avoir patiemment guidées dans l'accomplissement de notre travail.

Les observations n°s 6, 7, 9 et 10 sont dûes à l'obligeance de Monsieur le Professeur MAYER de la Faculté de Médecine de Paris. Nous le remercions tout particulièrement d'avoir accepté de nous les procurer.

Enfin les observations n°s 1, 2, 3, 4, 5 et 11 ont été recuellies dans la littérature gynécologique depuis 1936 jusqu'à 1945.

OBSERVATION N° 1.

(*Observations de* GOTTSHALK *présentée par* DEMELIN *dans « L'obstétrique » de 1896.*)

Multipare de 28 ans : est atteinte de rétroversion mobile et de tumeur ovarique gauche. On enlève le kyste et on fait l'hystéropexie par le procédé de CZERNY. Une grossesse survient ensuite et l'avortement se fait à 2 mois. Une autre grossesse se développe encore et se termine aussi par un avortement de 3 mois cette fois. Alors GOTTSHALK fait la dilacération manuelle des adhérences sous chloroforme; la réduction de l'utérus persiste. Une troisième grossesse se produit mais cette fois elle va à terme.

OBSERVATION N° 2.

(Observation de POLTOVICZ *présentée par* DEMELIN *dans « L'obstétrique » de 1896.)*

Femme opérée par le procédé de CZERNY modifié. Trois sutures ont été passées à travers le fascia abdominal, les muscles et le péritoine d'une part et le tissu utérin d'autre part; elles ont été étagées sur la face antérieure de l'utérus depuis le fond jusqu'au col.

Une grossesse se développe ensuite et arrive à terme. L'utérus est très élevé, le col extrêmement haut. L'accouchement est impossible par les voies naturelles. On fait l'opération césarienne qui est quasi extra péritonéale à cause de l'épaisseur et de l'étendue des adhérences.

OBSERVATION N° 3.

(Opération césarienne et hystérectomie pour présentation de l'épaule irréductible chez une femme ayant subi antérieurement une hystéropexie abdominale (PINARD et SECOND.)

Hystéropexie et ablation des annexes gauches, fixation de la corne gauche à la paroi.

Depuis : 3 accouchements à terme, mais 2 enfants morts pour syphilis paternelle, puis 2 avortements suivis de curetage.

Pour cette dernière grossesse on trouve un col haut situé non modifié malgré les contractions très intenses du travail. La tête bloquée dans la fosse iliaque gauche ne peut être ramenée au détroit supérieur et fait craindre une rupture utérine. Césarienne. Utérus développé aux dépens de sa face postérieure et de son fond. Les adhérences utéro-pariétales sont si étroites que leur libération serait dangereuse pour la conservation de l'utérus. Hystérectomie.

(Obstétrique et gynécologie 1908.)

OBSERVATION N° 4.

(Sur un cas de dystocie pour hystéropexie abdominale haute).
(G. LEPAGE.)

RÉSUMÉ DE L'OBSERVATION.

En 1903 : hystéropexie corporéale.

En 1907 : Première grossesse et accouchement normal.

Grossesse actuelle (1916). Femme de 31 ans. Rupture de la poche des eaux dans la nuit du 11 au 12 novembre. Entre à la maternité le 12. A l'examen on trouve : utérus développé transversalement, paroi utérine dure, rétractée, adhère à la paroi antérieure de l'abdomen sur les 7 cm. de la cicatrice. Douleurs du 12 au 15 peu efficaces. Dans la nuit du 15 douleurs plus violentes, présentation de l'épaule. Col difficilement accessible, par le toucher et le palper combiné; les mouvements imprimés au corps ne se répercutent pas au col. L'accouchement semble bien ne pas devoir se faire naturellement, l'intervention est décidée.

Opération .

Après ouverture de la cavité péritonéale on constate des adhérences très solides au niveau de la cicatrice d'hystéropexie. Incision de la paroi utérine pour extraire le fœtus puis hystérectomie totale. Guérison.

L'enfant est ranimée. Elle présente diverses malformations. Au niveau des mains et des pieds arrêt de développement des doigts. Atrophie du côté gauche de la face. Langue bifide légèrement à la pointe. Atrophie du côté gauche.

Examen de l'utérus :

Sur la face antérieure reliquat d'adhérences de forme ovale remontant jusqu'au niveau de l'insertion des trompes. L'incision utérine longue de 19 cm. n'intéresse la face antérieure que sur 5 cm. et le fond ou la face postérieure sur le reste de la longueur.

DISCUSSION :

« Il paraît légitime d'admettre que la dystocie a été surtout créée par le fait que l'utérus n'ayant pas sa mobilité, le fœtus s'est accomodé en présentation transversale. La rupture prématurée des membranes ayant eu lieu, la paroi utérine s'est rétractée sur le fœtus en mauvaise position rendant la version impossible par manœuvres externes et, si la dilatation s'était achevée, extrêmement difficile par manœuvres internes ».

Faut-il rapporter les malformations de l'enfant au développement irrégulier de l'utérus? Les deux autres enfants étaient normaux mais ce fait n'est pas concluant.

(*Obstétrique et gynécologie 1917.*)

OBSERVATION N° 5.

(*Césarienne classique, suivie d'hystérectomie dans un cas de dystocie consécutive à l'hystéropexie abdominale* (BROUHA.)

Femme de 34 ans II pare. — Le premier accouchement date de 11 ans. Elle a subi, il y a 10 ans, l'hystéropexie, opération gynécologique par voie haute, qui la retient 3 semaines à l'hôpital. Toujours bien portante depuis lors. Les dernières règles remontent à 9 mois. Dans la nuit du 24 au 25 avril la poche des eaux se rompt avant tout travail d'accouchement. Le 25, douleurs espacées et faibles. Le 26 les douleurs deviennent plus fréquentes et plus fortes. La sage-femme examine la parturiente et ne parvient pas à s'orienter. Elle mande le médecin traitant qui au palper soupçonne une présentation transversale mais ne parvient pas à atteindre le col par le toucher.

Lors de mon examen l'exploration apparaît difficile. Le ventre est très distendu, développé dans le sens transversal. On palpe un volumineux fœtus en présentation de l'épaule, tête à droite. Les bruits du cœur sont bien frappés. Leur maximum siège immédiatement au-dessus de la symphyse un peu à droite du plan médian. Le toucher à deux doigts ne me permet pas d'atteindre le fond du vagin. La parturiente est assez indocile, je lui fait donner quelques gouttes de chloroforme. J'introduis la main entière dans le vagin et je m'engage dans un long couloir qui se dirige vers la fosse iliaque droite. Malgré la pénétration de l'avant-bras jusqu'à moitié de sa longueur il m'est impossible de me rendre compte de l'état du fond du vagin.

L'accouchement ne peut évidemment pas avoir lieu par les voies naturelles. La césarienne abdominale s'impose; j'y procède le 26 à 6 heures du soir. La température de la patiente est de 37° 8.

RÉSUMÉ DE L'OPÉRATION :

Narcose chloroformique. Incision classique. Extériorisation de

l'utérus rendue difficile par sa forme, son volume et son défaut de mobilité. On ne trouve pas les cornes. Atonie utérine : hémorragie. Température subfébrile.

Ne pouvant maitriser l'hémorragie et ne connaissant pas les rapports du col et du vagin on fait l'hystérectomie. A ce moment on trouve une bride importante d'un demi centimètre qui fixe la paroi utérine inférieure à la paroi abdominale. La section de la bride rend à l'utérus sa mobilité et permet de trouver les cornes passées inaperçues. Section sur la limite entre le vagin et le col complètement dilaté. Fermeture... guérison. Enfant vivant.

Examen de la pièce :

L'adhérence est en réalité sur le fond utérin et l'incision opératoire a été faite sur la face postérieure.

Cette fixation pendant la grossesse a placé l'utérus fond à gauche, en avant, col à droite en arrière et a déterminé ainsi une présentation transversale.

(*Société Belge de gynécologie et obstétrique 1920.*)

OBSERVATION N° 6.

(*Maternité de Port-Royal, Professeur* Mayer.)

Madame X...

A subi en 1931 une appendicectomie et une ligamentopexie à la maternité de Port-Royal (Professeur Mayer.)

Incision sous-ombilicale et fermeture du péritoine en deux temps suivant la technique de Gosset.

Le 16 mai 1934 elle se présente à la maternité de Port-Royal dans les conditions suivantes : Grossesse de 3 mois diagnostiquée à la consultation du service un mois auparavant. La malade éprouve depuis 24 heures un syndrôme brutal qui a commencé par des douleurs vives dans le bas-ventre, à droite, accompagnées de nausées puis de vomissements. Son visage est fatigué. Pouls : 130. Langue humide.

Examen de l'abdomen :

Défense de la région sous-ombilicale prédominante du côté droit. Léger météorisme de l'ensemble de l'abdomen. Au toucher vaginal

le col est ramolli, le corps globuleux et gravide. Le cul-de-sac latéral droit est extrêmement douloureux. On parvient à travers le cul-de-sac sur une masse extrêmement douloureuse, tendue. Le palper combiné au toucher est très difficile en raison des réactions de la malade. On parvient cependant à sentir sur le côté de l'utérus et en arrière du col une masse, du volume d'une orange, très douloureuse. La malade n'a pas eu de selles ni de gaz depuis le début du syndrôme.

On pose le diagnostic d'un syndrôme péritonéal avec arrêt des matières et des gaz. En raison de la déformation de la tumeur latéro-utérine, on avait diagnostiqué un kyste de l'ovaire tordu au cours de la gestation.

LAPAROTOMIE :

On trouve une anse intestinale violacée dont les deux branches pénètrent dans l'orifice aménagé entre l'utérus gravide en arrière de la paroi abdominale, en avant un des deux ligaments ronds. Cet orifice atteint la dimension d'une pièce de 1 franc.

On trouve, tendant le ligament large droit, une masse noirâtre qui, en fait, est constituée de deux anses intestinales étranglées dans cet anneau.

Extériorisation des anses qui semblent avoir conservé leur tonicité. Selon la technique recommandée par MONDOR, on ferme incomplètement en laissant les anses extériorisées au devant de la paroi abdominale.

Suites opératoires extrêmement difficiles. Injection intra-veineuse d'une rinçure de seringue d'adrénaline. Celle-ci ne fait constater aucune modification au niveau de la paroi intestinale qui prend un aspect sphacélique; 36 heures après l'intervention l'état s'est aggravé. On procède à une résection de l'anse. La malade meurt 6 heures après l'intervention, l'utérus n'ayant pas été évacué.

OBSERVATION N° 7.

(*Maternité de Port-Royal. Pavillon Porak. Professeur* MAYER.)

Madame H. B., 29 ans.

Se présente à la maternité de Port-Royal à la suite d'un accouchement prématuré en cours dont le début s'est produit le

11 mars 1935 par la rupture prématurée des membranes, suivie d'hémorragie.

1. — Histoire clinique :

Antécédents. — 3 grossesses à terme :
— 1929 : Accouchement spontané d'un enfant de 3.200 gr.
— 1931 : Extraction par forceps d'un enfant de 3.450 gr.
— 1933 : Accouchement spontané d'un enfant de 2.950 gr.
Les suites de couches ont toujours été normales.

En février 1934, opérée par le Docteur L., en raison de troubles fonctionnels (règles douloureuses et troubles vésicaux) d'une rétroversion.

Incision transversale (Phannenstiel). Ligamentopexie avec isthmopexie transitoire réalisée avec des points en fil de soie laissés en place 4 jours. Suites normales.

A la suite de cette intervention les souffrances de la malade se sont atténuées, sans toutefois disparaître complètement. Ses règles restent douloureuses mais les phénomènes urinaires sont totalement disparus.

2. — Grossesse en cours :

Dernières règles : 28 août 1934. L'évolution de la grossesse est normale jusqu'au 3^{me} mois. Cependant la femme a éprouvé des phénomènes urinaires pénibles (dysurie, envie permanente d'uriner). Un examen pratiqué par un chirurgien qui est intervenu fait constater un état normal des organes génitaux : l'utérus était en anteposition et il n'existait aucun signe d'infection urinaire, vésical ou urétéral. Menace d'avortement au 5^{me} mois, aux environs du 15 janvier (contractions utérines douloureuses et léger suintement hémorragique). L'état redevient normal en 3 jours.

Le 12 mars, à son entrée à la maternité, l'état de la femme est inquiétant : température 39° 8. Fatigue générale très prononcée. La femme a eu deux frissons : le premier à 23 heures, le second, le matin à 5 heures. Pouls : 120. Agitation.

Examen de l'abdomen :

Utérus développé comme pour une grossesse de 7 mois : hauteur utérine 24 cm. Circonférence ombilicale 78 cm. L'utérus est tendu en permanence, son exploration est douloureuse. Les bruits du

cœur ne sont pas perçus. La région de la cicatrice est elle-même douloureuse à la moindre pression, mais l'abdomen exploré dans la région de l'utérus et sus-utérine apparaît normal. Il n'existe pas de météorisme intestinal.

Toucher vaginal :

Il faut aller chercher le col très haut et en arrière. Ce n'est qu'au bout des doigts qu'on sent l'orifice cervical; il faut pénétrer très profondément dans le vagin, ce qui fait souffrir la malade qui proteste vigoureusement. Dans ces conditions on met la femme sous anesthésie générale (SCHLEICH).

Le toucher normal intra-vaginal permet alors facilement d'explorer l'orifice utérin. Celui-ci est anormalement disposé. Il regarde directement en arrière, en direction de la 4^{me} ou 5^{me} vertèbre lombaire. La dilatation atteint 5 francs et au-delà. A travers l'orifice cervical on perçoit un membre inférieur (talon). Le doigt ramène un liquide fortement teinté, brunâtre et fétide. L'exploration révèle que le dôme vaginal, au niveau de l'insertion du cul-de-sac est ample et souple. On est en présence d'une infection ammiotique relative à une anomalie de position du col utérin.

La rupture des membranes date de 9 heures. Le fœtus prématuré paraît n'être plus vivant. Dans ces conditions on décide d'intervenir en utilisant la voie basse. Cette décision est prise à la fois en raison du volume réduit du fœtus mais surtout de l'état d'infection caractérisé de l'utérus qui rendrait l'intervention par voie haute nécessairement mutilatrice.

Intervention sous anesthésie générale (*Docteur* MAYER *et* GUILHEM).

Double épisiotomie pour obtenir une liberté suffisante de manœuvre (faite malgré l'infection ammiotique).

On pénètre très difficilement dans la cavité utérine en raison non seulement de la position du col mais du caractère absolument irréductible de l'attitude de l'utérus certainement attribuable à la fixation chirurgicale des ligaments. On parvient cependant à saisir les deux pieds. Ceux-ci paraîssent immédiatement macérés. L'extraction est faite par morcellement (éviscération des organes abdominaux et thoraciques) ; la ceinture thoracique dégagée de l'orifice cervical, on saisit la région de la nuque avec deux pinces de MUSEUX et on introduit un cranioclaste. (Le basiotribe est rejeté en raison du danger

de son emploi dans un utérus dont la forme et la fixité le font considérer comme vulnérable).

Une fois la tête saisie par le cranioclaste, on sectionne la lèvre antérieure du col après avoir procédé à un décollement vérico-utérin de plusieurs centimètres de haut.

L'enfant une fois extrait, on procède à la délivrance manuelle du placenta et à une vérification de l'utérus. L'incision n'a pas filé au-delà de la zone de décollement. On constate que toute la paroi antérieure de l'utérus est pour ainsi dire liée à la paroi abdominale antérieure; une mobilisation de l'utérus faite par la main intra-utérine entraîne celle de la paroi abdominale. Trois points au catgut sur la tranche utérine, méchage de la cavité utérine au filtrat anti-streptococcique. Les deux épisiotomies sont laissées largement ouvertes sauf dans leur partie profonde. Deux points musculaires de chaque côté. Hémostase. On termine par une transfusion de 1.340 grammes.

Suites opératoires difficiles. Température se maintenant à 39° jusqu'au 5^{me} jour. Météorisme abdominal pendant 5 jours. Le 17^{me} jour après son évacuation, l'utérus est encore volumineux et les culs-de-sac latéraux sensibles.

La femme quitte le service 39 jours seulement après l'intervention avec un écoulement utérin purulent persistant.

(Flore microbienne complexe.)

OBSERVATION N° 8.

(Communiquée par Monsieur le Professeur MAYER.)

Madame C...

Opérée en mars 1945 pour stérilité secondaire de 19 ans avec rétroversion fixée par le docteur V., à Lyon. On procède à une hystéropexie ligamentaire par le procédé de DOLERIS après une incision de Phannenstiel. Il semble que cette intervention ait été faite au moment où la patiente était déjà en état de gravidité.

Elle entre, en effet, en travail, à terme, le 17 novembre 1945.

Pendant cette grossesse la région sus-pubienne avait été douloureuse d'une façon presque permanente, la malade éprouvant des tiraillements pénibles attribuables à la ligamentopexie.

On avait remarqué, au cours de la 2^{me} moitié de la grossesse, la constitution très atypique du segment inférieur, le col se dirige

franchement en arrière et presqu'en haut, en direction du promontoire, le segment inférieur étant développé aux dépens d'un déroulement de la paroi utérine antérieure. De plus, toutes les tentatives de mobilisation de l'utérus accessible par le vagin entraînent une mobilisation de la cicatrice pariétale, ces faits témoignant d'une solidarité excessive entre l'utérus et la paroi.

Au début du travail l'état est toujours le même : présentation verticale, dos à droite, bons bruits du cœur, hauteur utérine : 32 cm. Le fond utérin est très antéversé.

Au toucher vaginal, la tête plonge à travers le segment inférieur constitué presque uniquement aux dépens de la paroi antérieure, le col est toujours très haut et très postérieur on y accède avec difficulté. Au bout de 5 heures de contractions utérines franches et après rupture des membranes la situation reste identique. Il s'agit à la fois d'une dystocie liée à l'attitude de la tête en asynclitisme prononcé et surtout à l'anomalie de position du col et du développement du segment inférieur très certainement liés à la ligamentopexie pratiquée du début de la grossesse.

Dans ces conditions, bien que la femme soit deuxième pare et en raison de son désir prononcé d'avoir un enfant vivant et enfin de son âge (40 ans), on procède à une césarienne avec laparotomie sous-ombilicale. La partie basse de la paroi utérine est recouverte par le pli péritonéal soulevé par l'origine des deux ligaments ronds. Des veines volumineuses courent sous le péritoine de la paroi abdominale et la face antérieure de l'utérus. On décolle le péritoine avec beaucoup de précautions et on procède à une hystérotomie portant plus sur la portion corporéale que sur la partie segmentaire de l'utérus.

Suites opératoires normales et apyrétiques.

Extraction d'un enfant de 3.500 gr., vivant.

OBBSERVATION N° 9.

(Communiquée par Monsieur le Professeur MAYER.)

Madame K..., 35 ans.

Deuxième pare. A subi, en 1942, à Roanne, une opération consistant en une cure de rétroversion après incision de PHANNENSTIEL et resection du nerf présacré.

L'origine de cette intervention consistait en des phénomènes douloureux prémenstruels et menstruels.

Le 8 juillet 1946 on constate le début d'une grossesse dans un utérus amarré à la parroi dans la région sus-pubienne.

Au cours de la grossesse la disposition de l'utérus garde le caractère constaté au premier examen. L'utérus se développe solidaire de la paroi abdominale antérieure. Au cours de toute la gestation on signale deux séries de phénomènes, des sensations, de tiraillements douloureux pariétaux et d'autre part des troubles digestifs sous forme de coliques intestinales très fréquentes qui font, dès cette période, soupçonner l'existence de phénomènes d'origine intestinale en rapport avec la ligamentopexie.

La grossesse est, en outre, rendue difficile par une sciatique gauche violente et très douloureuse. Des crises hépatiques répétées et une hypertension qui, au 5me mois, atteint 20-18 comme maxima (traitement diurétique, régime déchloruré).

Au 6me mois, on constate que l'utérus présente un développement particulier; il est étalé transversalement et le fœtus a une attitude transversale franche. Au 8me mois (10/1/47), la présentation transversale persiste, une tentative de version par manœuvres internes est faite après administration d'un anti-spasmodique et de morphine et en clinique. Malgré ces précautions cet état se montre irréductible. Une radiographie confirme cet état de choses.

Au cours des 3 dernières semaines de la grossese, les phénomènes intestinaux deviennent pour ainsi dire permanents sous forme de coliques très douloureuses accompagnées de météorisme.

Le 17 janvier 1947, début du travail. L'attitude du fœtus reste la même. Césarienne sous anesthésie au cyclopropane, oxygène. A l'incision sous-ombilicale on constate que la région de l'incision de Phannenstiel est en quelque sorte solidaire de la paroi abdominale antérieure. On procède d'abord à l'ouverture de l'utérus dans sa portion corporéale mais on est gêné par l'existence de 2 fibrômes volumineux, gros chacun comme une orange qui sont enlevés par myomectomie après évacuation de l'utérus.

L'enfant pèse 3.900 gr. et est vivant.

Après évacuation de l'utérus, on se rend compte que la région de celui-ci immédiatement sous-jacente à l'extrémité de l'hystéropexie est solidaire de la paroi abdominale antérieure par un bloc cicatriciel large de 7 à 8 cm. dans lequel vient se perdre à droite de la ligne médiane deux anses intestinales grêles. On libère celles-ci très soigneusement et l'on constate les faits suivants : la première anse, celle qui est la plus proche de la ligne médiane est incluse dans le

bloc cicatriciel inter-utéro-pariétal. Il faut en quelque sorte la sculpter. On procède à cette libération avec de grandes précautions. Ceci terminé on constate que 8 cm. environ de l'intestin étaient inclus dans la cicatrice. L'intestin était englobé sur la presque totalité de sa hauteur. On procède à une ouverture de la zone cruantée avec une fermeture en greffe libre d'épiploon.

La 2me anse, celle qui est la plus éloignée de la ligne médiane est en quelque sorte aspirée dans la paroi abdominale, le long du ligament rond droit. La paroi intestinale forme un diverticule en doigt de gant dont la base a environ deux centimètres et demi de large et dont la profondeur dépasse 5 cm. Seul, le bord de ce diverticule est couvert de péritoine et se trouve inclus dans le tissu cicatriciel et au contact du ligament rond, dans sa partie droite pariétale.

On procède à la libération de ce diverticule en disséquant le ligament rond très prudemment. On parvient ainsi à l'extrémité du doigt de gant qui est libéré et péritonisé. On ferme sans drainage après avoir infiltré 200.000 unités de pénicilline à la fois dans le bloc cicatriciel précédemment sculpté ainsi que sous la péritonisation intestinale et dans la suture de l'hystérotomie.

Suites opératoires très favorables. La femme est levée le 5me jour. Les gaz sont évacués le 4me jour.

On fait, en raison d'une diminution notable du chlore, une rechloruration (20 cm³ de sérum hypertonique à 10 % plus 1.500 cm³ de sérum sous- cutané isotonique).

OBSERVATION N° 10.

(*Communiquée par Monsieur le Professeur* MAYER.)

Madame B., 42 ans.

Opérée en 1940 pour une stérilité secondaire datant de 16 ans (avortement provoqué avec suites fébriles à l'âge de 24 ans), l'hystérographie ayant révélé la perméabilité des 2 trompes mais l'utérus étant en rétroversion fixée. L'état du mari est normal.

LIGAMENTOPEXIE :

Au cours de l'intervention on constate l'existence d'un fibrôme de la corne droite gros comme une noix, qui est réséqué; il existe, en outre, un kyste droit intra-ligamentaire gros comme une mandarine qui est disséqué et l'annexe droite conservée.

Suites opératoires légèrement fébriles. Suintement de la paroi au niveau de la ligamentopexie pendant 15 jours (la fixation des ligaments avait été faite avec du matériel résorbable).

Mai 1946 : Le mari ayant été absent pendant 5 ans (prisonnier), la patiente vient à nouveau consulter. L'examen du mari montre que son état est normal, tous les caractères de son sperme sont satisfaisants. Une hystérographie révèle une perméabilité bilatérale et le contrôle radiographique un bon brassement du lipiodol intrapéritonéal. La biopsie d'endomètre faite 3 semaines avant l'hystérographie montre l'existence d'une muqueuse normale avec présence de glycogène dans les cellules glandulaires et à leur extrémité ainsi qu'un état de secrétion active.

L'hystérographie ayant été faite le 18 juin 1946, la malade commence une grossesse en août 1946 (dernières règles le 24/8). Dès le début de la gravidité on constate que l'utérus gravide est amarré à la paroi abdominale antérieure sous-ombilicale. Le corps utérin est animé de contractions fréquentes que la malade perçoit, aussi est-elle soumise à un traitement prolongé combiné de progestérone et d'œstradiol (30 mg. de progesterone et 5 mg. d'œstradiol chaque semaine). L'utérus se développe en prenant un aspect cordiforme par développement plus marqué de la corne gauche. Au cours de la gravidité on constate une hypertension relative : 8 1/2 — 15 1/2 avec azotémie normale et de légers œdèmes des membres inférieurs pour lesquels on prescrit un régime déchloruré avec anti-spasmodiques. Enfin, à partir du 5^{me} mois on constate une hypertrophie des noyaux fibrômateux respectivement sur la face antérieure et le bord droit de l'utérus; ces noyaux ont subi une augmentation progressive de volume jusqu'à la fin de la grossesse mais ne sont jamais devenus douloureux.

Aux approches du terme, l'utérus a pris un développement caractérisé par les faits suivants :

— Hauteur utérine : 36 cm.

— Antéversion utérine considérable sans antéversion pelvienne.

— Présentation longitudinale, tête en bas, sillon du cou à 9 cm. au dessus de la symphyse.

Toucher vaginal :

Celui-ci est relativement malaisé en raison de la résistance des tissus, on est d'abord frappé par la situation franchement posté-

rieure du col qui regarde presque en direction du promontoire. Il en résulte que toute la portion de l'utérus perceptible à travers le cul-de-sac vaginal est en réalité constituée par la face antérieure du segment inférieur qui est, en quelque sorte, déroulé. Par ailleurs, la tête se présente par son pariétal en asynclitisme postérieur.

Entrée en travail le 31/5/47. Début de travail normal avec contractions utérines régulières, membranes intactes.

Seize heures après le début du travail, la situation est inchangée, l'orifice cervical a conservé la même situation topographique. La dilatation est de 1 centimètre. Il est du reste relativement difficile d'accéder à cet orifice en raison de sa situation. On procède à une rupture artificielle des membranes et administration d'anti-spasmodique (deux ampoules de spasmalgine). Une heure après le début de cette médication la situation est inchangée. Dans ces conditions, en raison de l'âge de la malade (42 ans), de sa stérilité secondaire datant de 16 ans et du désir très grand des procréateurs d'avoir leur enfant vivant, on procède à une opération césarienne.

Laparotomie sous-ombilicale :

On incise le péritoine: à la partie haute de l'incision on constate alors que la face antérieure de l'utérus est à la hauteur de la ligamentopexie en quelque sorte solidaire de la paroi abdominale antérieure, le péritoine pariétal formant entre la face antérieure de l'utérus gravide et la paroi abdominale antérieure une gouttière transversale. Cet état paraît résulter de la fermeture artificielle de l'anneau intercepté par les 2 ligaments ronds qui avait été faite par des points en bourse au moment de l'intervention, ce procédé a, en quelque sorte, exclu de la cavité péritonéale toute la face antérieure de l'utérus au dessous de l'attache des ligaments ronds. Cette disposition est restée identique au cours de la grossesse et de l'expansion de la paroi utérine antérieure. Dans ces conditions, on incise l'utérus au dessus de la zone d'accollement, procédant ainsi à une césarienne totalement corporéale. Extraction d'un enfant vivant pesant 3.360 gr. La tranche utérine saigne abondamment au cours de l'intervention et de la suture de l'utérus qui est faite en 3 plans. Celle-ci terminée, on vérifie l'état des annexes. On constate alors que celles-ci se présentent par leurs faces postérieures. Les ligaments larges des deux côtés sont, en effet, dirigés en avant par rapport à leur situation normale, si bien que la face postérieure des ovaires et des ligaments larges regarde en haut; on se rend compte alors

que la césarienne a porté non seulement sur le corps mais aussi sur le fond utérin.

Fermeture de la paroi, suites opératoires normales.

CONCLUSION :

Il s'agit d'une dystocie très comparable à celles que les anciens auteurs observaient à la suite des hystéropexies par fixation du corps utérin à la paroi abdominale antérieure. La tentative faite en vue de réduire les risques tenant à l'opération et aux particularités anatomiques résultant de l'opération de DOLERIS (fermeture de l'anneau) a abouti, dans ce cas, à exclure du péritoine toute la partie sous-jacente de l'utérus et à transformer cette ligamentopexie en une opération rappelant de très près l'hystéropexie.

OBSERVATION N° 11.

Rupture utérine après ligamentopexie isthmique à la soie à symptomatologie fruste (J. BRET.)

Madame R., est âgée de 35 ans.

En 1931 et 1935 elle a eu 2 accouchements à terme sans incidents. Elle est transportée à l'hôpital de Créteil le 20 janvier 1945 pour des accidents rappelant ceux d'une insertion du placenta sur le segment inférieur. En effet les manifestations ont commencé vers le 5 janvier sous forme d'hémorragie de sang rouge, peu abondantes, qui cèdent au repos et aux lavements opiacés. Brusquement le 20 janvier 1945 à 1 h. 30 se produit une hémorragie assez abondante qui a été évaluée à 500 grammes.

A l'entrée, vers 5 h. 30, l'examen montre une grossesse de 8 mois avec présentation céphalique élevée, une dilatation à 2 fr. des membranes vraissemblablement rompues. La tension artérielle est à 16-10.

A 8 heures la dilatation a progressé jusqu'à 5 francs, les pertes sanguines qui avaient diminué reprennent brutalement. Hémorragie d'environ 500 gr. avec une tension artérielle à 10 1/2-7. Pouls à 120. Une transfusion sanguine de 300 gr. et des tonicardiaques font remonter la tension maxima à 12 cm. Mais les pertes continuent : 180 gr. de 8 heures à 8 h. 30. Quelques phénomènes de shock apparaissent vers 9 heures qui cèdent à nouveau.

Nous l'examinons vers 11 heures. Hauteur utérine de 26 cm., présentation céphalique, bruits du cœur perçus; au toucher le col est très élevé, dilaté à 5 francs; dans l'orifice de dilatation, en avant, on perçoit une masse qui paraît être du placenta. Le diagnostic de placenta prævia est posé, semble-t-il, à juste raison, et l'indication opératoire posée aussitôt. Malgré le terme peu avancé on pratique une césarienne.

Dès l'ouverture de la cavité abdominale, on tombe sur une bride cylindrique de 1 cm. et demi de diamètre, blanche, très dure, tendue entre le péritoine pariétal et la partie basse du corps utérin. A ce moment dans l'épaisseur de la paroi abdominale on retrouve un nœud de gros fil de soie, bien serré, mais libre. A droite, et au dessus de l'implantation utérine de cette bride, le péritoine préutérin présente une surface circulaire d'un diamètre de 3 à 4 cm, rougeâtre qui fait penser d'emblée à une hernie du placenta au niveau de la paroi utérine. La palpation de cette région permet de pénétrer aussitôt dans la cavité ammiotique.

Hystérectomie. Enfant vivant de 2.020 gr. qui s'est très bien élevé. Suites opératoires normales.

On précise alors le type d'intervention subi en 1943 par cette femme, le chirurgien qui l'opéra a bien voulu donner les renseignements suivants : « appendicectomie, ablation d'un kyste de l'ovaire gauche, hystéropexie isthmique à la soie, par 2 fils passés très bas sur l'isthme ». Mais il paraît indiscutable que le fil supérieur a été passé au niveau du corps utérin.

L'ouverture de la pièce a montré la hernie placentaire au niveau de la partie basse du corps. A ce niveau la musculature utérine a été refoulée et le placenta était directement en contact avec le péritoine. Mais on constate également l'insertion du placenta, sans doute responsable des accidents hémorragiques présentés par la malade. La partie inférieure du placenta recouvrait complètement l'orifice cervical.

L'examen histologique a montré l'organisation fibreuse, ancienne, du processus dans la région rompue, ce qui laisse à penser que la lésion de la paroi utérine a dû se produire au moment du serrage du fil de soie. En effet, la déchirure secondaire et lente au niveau du fil aurait sans doute permis la cicatrisation bord à bord...

(*Obstétrique et gynécologie 1945 N° 10.*)

OBSERVATION N° 12.

(Communiquée par Monsieur le Professeur GUILHEM.*)*

Madame H..., 39 ans.

Antécédents personnels. — En 1939, à 32 ans : une fausse couche de 4 semaines.

Six mois après, une grossesse normale terminée par un accouchement normal.

Un an après, 2me grossesse terminée également par un accouchement normal provoquant seulement une petite déchirure du périnée.

Deux ans plus tard survient une aménorrhée qui dure 4 mois. Le médecin consulté diagnostique une rétroversion qui, d'après lui, exclut toute possibilité de maternité. Comme la malade désire vivement une nouvelle grossesse, son médecin l'adresse au chirurgien qui pratique une opération de fixation utérine (isthmopexie), le 18 août 1944.

a) — 3me GROSSESSE :

Cette opération est bientôt suivie d'une grossesse qui évolue normalement jusqu'au 8me mois. A cette époque, la malade très fatiguée, ressent de grosses douleurs sourdes avec sensation de lourdeur et de tension abdominales qui lui paraîssent anormales. La sage-femme consultée alors ne peut atteindre le col par le toucher et pense à une présentation de l'épaule ou du siège.

Le 7 août 1944, à terme, la malade ressent les premières douleurs. Les douleurs durent toute la journée du 8 août. Dans la nuit du 8 au 9, rupture des membranes. Vers 4 heures du matin, les douleurs se font plus violentes; la sage-femme fait appeler le Docteur GUILHEM qui fait les constatations suivantes :

L'utérus est largement étalé transversalement, très facilement accessible par le palper. Le palper montre une paroi abdominale étroitement solidaire de l'utérus à la partie inférieure de la cicatrice verticale de l'ancienne laparotomie. Le fœtus est en présentation transversale, la tête est dans la fosse iliaque gauche, le dos en avant. Les bruits du cœur sont perçus.

Au toucher, l'excavation se montre vide; à bout de doigt, au fond du cul-de-sac postérieur, au niveau et au dessus du promontoire le doigt croit atteindre le col utérin. Il est impossible d'apprécier le degré de dilatation. Il n'y a pas de poche des eaux perceptible. On pose le diagnostic de présentation transversale dans un utérus dont

Schéma de l'observation n° 12 *a*

(Madame H..., 3me grossesse.)

l'orifice est tellement dévié que toute possibilité d'évolution par voie basse doit être écartée. On décide de pratiquer une césarienne.

Sous rachianesthésie, laparotomie sus et sous-ombilicale : On constate l'adhérence intime de la partie inférieure de la face antérieure de l'utérus avec la paroi abdominale. On libère prudemment la face antérieure de l'utérus au dessus de l'adhérence épaisse que l'on respecte pour protéger la grande cavité. On pratique sur l'utérus une incision qui intéresse à la fois la partie supérieure du segment inférieur et la partie inférieure du corps. On extrait un enfant vivant de 3.200 gr. On ferme l'utérus en deux plans.

Suites opératoires troublées par l'évolution d'un hématome qui nécessite une désunion partielle de la cicatrice.

b) — 4me GROSSESSE :

Dernières règles 20 février 1946.

A la fin d'avril, on constate le développement d'une nouvelle grossesse dans un utérus qui paraît relativement mobile par rapport à la paroi abdominale. Jusqu'au 7me mois, le développement de cette grossesse est normal. A partir de cette date, à des examens successifs pratiqués tous les 15 jours on constate l'ascension progressive du col utérin qui au dernier examen, le 18 novembre 1946 a disparu derrière le promontoire. Le fœtus est en position transversale irréductible.

Le travail débute le 26 novembre vers 15 heures; à 21 heures, les douleurs se précisent et la césarienne est effectuée le 26 novembre à minuit. Les adhérences entre l'utérus et le péritoine pariétal sont encore plus importantes que lors de la première césarienne et la libération d'une aire utérine suffisante est difficile. Incision segmento-corporéale qui permet de retrouver l'ancienne cicatrice sous forme d'un amincissement impressionnant de la couche musculaire.

Extraction d'un enfant vivant pesant 3.100 grammes.

Après évacuation de l'utérus on fait une tentative d'exploration de la grande cavité qui montre deux vastes adhérences charnues unissant la paroi antérieure du segment inférieur et la paroi abdominale. Vers le fond utérin la grande cavité est libre. On atteint les deux trompes dont on résèque 2 cm. entre deux ligatures.

Fermeture de la paroi en un plan.

Suites opératoires normales.

35 jours après l'opération on palpe, à travers la partie moyenne de la cicatrice, l'utérus fortement fixé à la paroi.

II

ÉTUDE CRITIQUE

Avant de commencer l'étude critique des accidents obstétricaux dus aux fixations utérines, nous désirons rappeler brièvement *le rôle de ces fixations sur la conception.*

S'il est indéniable, en effet, que ces opérations, quelles qu'elles soient, comportent toujours un risque vis-à-vis des grossesses et des accouchements ultérieurs il n'en est pas moins vrai qu'on peut leur accorder une influence favorable sur la conception. Tous les auteurs qui ont pratiqué habituellement ces interventions tant hystéropexies corporéales ou isthmiques que ligamentopexies diverses rapportent bon nombre de cas de stérilité indiscutablement guéris par la correction de la position utérine.

Mais pour que les effets de ces fixations soient complets ils ne doivent évidemment pas se borner à rendre à une femme la possibilité de concevoir. ils doivent aussi lui permettre de conduire sa grossesse à terme et de mettre au monde son enfant sans avoir à redouter de complications.

Or les quelques observations précédentes et bien d'autres encore parues dans de nombreuses publications (spécialement dans les revues « Gynécologie et Obstétrique ») depuis que se pratiquent les fixations utérines nous obligent à constater que les résultats obstétricaux de ces opérations sont loin d'être toujours favorables et nous nous proposons de rappeler dans ce chapitre les divers accidents qu'elles peuvent provoquer tant au cours de la grossesse que de l'accouchement, de la délivrance ou des suites de couches.

I. — ACCIDENTS AU COURS DE LA GROSSESSE.

1) **Douleurs.** — Au cours de la grossesse l'une des complications le plus souvent constatée est l'existence de douleurs siégeant au niveau des adhérences utéro-pariétales. Celles-ci, en effet, gênent la dilatation de l'utérus et donnent lieu à des tiraillements ou à des sensations de lourdeurs anormales et pénibles qui fatiguent la future accouchée. On remarque aussi que plus les adhérences siègent bas sur l'utérus et plus les douleurs apparaissent tardivement car l'ampliation utérine n'est alors gênée qu'à la fin de la gestation (observations 8, 9 et 12-a). Mais ces douleurs ne varient pas seulement dans leur date d'apparition, elles varient encore dans leur intensité. D'une simple sensation de gêne et de pesanteur chez certaines femmes, elles peuvent, chez d'autres devenir intolérables. De plus, leur siège n'est pas toujours limité à la cicatrice correspondant à la zone de fixation et des irridiations gagnent parfois la totalité de l'abdomen ou même la région lombaire.

2) **Accidents abortifs.** — La seconde catégorie d'accidents est plus importante en raison de sa gravité. Elle est constituée par les *menaces d'avortement* ou même par *l'interruption de la grossesse.* Ainsi la statistique de DEMELIN compte sur 112 grossesses, 21 qui n'atteignent pas le terme; l'observation de GOTTSHALK (n° 1) rapporte deux avortements indiscutablement liés à la ventrofixation antérieure; ROSNER présente (Obstétrique et gynécologie 1922) le cas d'une femme qui n'a pu atteindre son terme que grâce à la libération des adhérences qui fixaient l'utérus en avant; enfin l'observation n° 7 rapporte un cas d'accouchement prématuré précédé d'une menace d'avortement deux mois auparavant.

3) **Accidents occlusifs.** — En troisième lieu, les fixations de l'utérus peuvent réserver une autre sorte de dangers : les accidents d'occlusion intestinale.

Ceux-ci peuvent n'être que des *accidents de subocclusion* avec douleurs de coliques intestinales et météorisme, c'est le cas de l'observation n° 9. Elle rapporte l'histoire d'une malade dont les troubles intestinaux de la grossesse s'expliquent par l'inclusion de deux anses intestinales, dans le bloc cicatriciel d'une ligamentopexie trop serrée.

Mais on peut aussi rencontrer des *phénomènes d'occlusion véritable*. L'opération de DOLÈRIS ménage, en effet, trois anneaux d'étranglement possible : « un anneau médian limité par l'utérus les anses ligamentaires et la paroi » et deux « anneaux latéraux formés par l'arc pariétal antérieur sous-tendu par la corde rigide du ligament rond, de l'orifice inguinal profond à sa néoinsertion pariétale ».

Or, puisque ces complications peuvent se produirent en dehors même de la grossesse, leurs chances d'apparition ne peuvent être qu'augmentées lorsque la gravidité vient accroître le volume de l'utérus. C'est le cas de l'observation n° 6 dans laquelle un traitement d'urgence institué très rapidement n'a pu sauver la malade. Vraissemblablement une ligamentopexie trop lâche doit être ici rendu responsable de l'occlusion.

II. — ACCIDENTS AU COURS DE L'ACCOUCHEMENT.

De toutes manières, que la grossesse ait été normale ou qu'elle ait été troublée par l'un ou l'autre de ces accidents quand elle arrive à terme, la parturiente est encore exposée à un certain nombre de complications plus ou moins graves mais qui peuvent aller jusqu'à nécessiter une opération césarienne, parfois même une hystérectomie.

Ces complications peuvent porter soit sur l'utérus lui-même, soit sur son contenu ou même, le plus souvent, sur les deux à la fois.

a) Complications intéressant l'utérus.

1. Douleurs. — On peut rencontrer tout d'abord des douleurs au niveau des adhérences de l'utérus à la paroi tout comme pendant la grossesse. Elles sont en général, plus violentes, exacerbées à chaque contraction et peuvent s'accompagner à ce moment d'une dépression de la paroi sur tout ou partie de la région cicatricielle prouvant ainsi la solidarité utéro-pariétale.

2. Dilatation anormale. — Une autre manifestation clinique anormale au moment de l'accouchement est la *lenteur exagérée du travail.* On la rencontre fréquemment (observations n^{os} 4, 5 et 12-a) et sur les 10 malades suivies par Delbet on en compte trois qui accouchèrent après un travail suffisamment lent pour avoir nécessité une application de forceps.

Cette durée exagérée du travail est d'ailleurs liée à des *anomalies de la dilatation.* La masse d'adhérence bloquant la face antérieure de l'utérus sur sa totalité ou seulement sur sa partie basse gêne la progression de l'onde contractile. Il faut alors pour réaliser l'effacement puis la dilatation du col un nombre de contractions plus grand que normalement car plusieurs de ces contractions sont peu efficaces ou même inefficaces. Il en résulte une durée anormale du temps de dilatation quand celle-ci peut se faire.

3. Inertie utérine. — La dilatation, en effet, ne réussit pas toujours à s'effectuer; les contractions deviennent de plus en plus fréquentes et de plus en plus violentes puis le muscle utérin se fatigue de son travail prolongé et après une période plus ou moins longue de travail inutile l'organe gestateur n'est plus le siège que de contractions affaiblies qui finissent par disparaître complètement réalisant ainsi l'inertie utérine.

4. Rupture utérine. — Dans d'autres cas, au contraire, les contractions violentes ne s'arrêtent pas; elles se succèdent rapidement jusqu'à devenir subintrantes mais sans atteindre leur but. La rupture utérine est alors à craindre et pour l'éviter on se voit obligé de pratiquer l'opération césarienne (observation n° 3).

Quelque fois même la rupture utérine ne peut être évitée. Elle se produit alors d'une façon lente et insidieuse (observation 11) s'accompagnant d'hémorragies et de phénomènes de shock plus ou moins accusés. Dans ce cas ce n'est plus seulement à la césarienne qu'il faut avoir recours mais à l'hystérectomie.

5. Situation anormale du col. — Le plus souvent ce travail irrégulier qui tétanise le muscle utérin ou au contraire, le rend inerte, n'est pas seulement dû à la masse d'adhérences utéro-pariétales qui fait obstacle à la propagation de la contraction, il est dû également à la mauvaise position du col. La fixation utérine qui met l'utérus en antéversion forcée élève le col et dévie son axe. Suivant que cette antéversion est plus ou moins marquée la déviation est plus ou moins prononcée. Les contractions utérines gênées par les adhérences et par la situation anormale du col n'arrivent plus à remplir leur rôle habituel.

Dans ces conditions, même lorsque la dilatation arrive plus ou moins péniblement à s'effectuer totalement on assiste à un engagement difficile et souvent même impossible. Aussi, lorsque la parturiente aurait pu espérer, après un long travail, une heureuse terminaison à ses efforts elle se voit obligée de subir une intervention par voie haute, le fœtus étant dans l'impossibilité d'amorcer sa descente dans la filière pelvienne (observation n° 8).

b) **Complications intéressant l'œuf.**

1. Rupture prématurée des membranes. — Parmi celles-ci l'une des plus fréquentes est la rupture prématurée des membranes. Elle peut s'accompagner de *procidences* du cordon ou des membres, mais surtout elle est très souvent liée à des présentations vicieuses (observations n°s 4, 5 et 7).

D'autre part, une rupture prématurée de la poche des eaux ne peut que faciliter l'apparition de *phénomènes infectieux*, eux-mêmes étroitement liés à l'impossibilité d'accomodation du

fœtus gêné dans son évolution par la position anormale du col et la fixité de la face utérine antérieure.

2. Présentations vicieuses. — Mais la complication de beaucoup la plus habituelle est certainement l'existence d'une présentation vicieuse. Le fœtus se trouve en *position transversale irréductible,* bloqué au détroit supérieur. La césarienne est alors le seul moyen de terminer un accouchement devenu impossible par les voies naturelles et presque toutes les observations précédentes rapportent des dystocies de cet ordre (observations n^{os} 3, 4, 5, 9, 12-a et b). Plus rarement, le fœtus est en position verticale mais son extrémité céphalique se fixe en *hypérasynclitisme* au cours du travail. L'intervention par voie haute s'avère encore nécessaire (observations n^{os} 8 et 10).

Il est évident que, dans la pratique, les complications inhérentes à l'utérus et les complications inhérentes à l'œuf se rencontrent ordinairement ensemble. C'est ainsi, par exemple, qu'une présentation de l'épaule s'accompagne souvent d'une rupture prématurée des membranes et d'un travail lent fait de contractions irrégulières, peu efficaces et au cours duquel on trouve à l'examen un col élevé et anormalement orienté.

III. — ACCIDENTS AU COURS DE LA DÉLIVRANCE.

Enfin lorsque l'accouchement est terminé il y a encore à craindre et à prévenir les accidents de la délivrance. Ceux-ci sont beaucoup plus rares. Ils sont constitués soit par des *hémorragies* (la statistique de Demelin en compte 8 pour cent), soit par une *retention placentaire.*

Toutes deux sont généralement en rapport avec un certain degré d'inertie utérine résultant elle-même d'un travail prolongé qui a fatigué le muscle utérin, et avec l'obstacle à la rétraction utérine normale que crée le bloc d'adhérences (Garasse dans sa thèse rapporte un cas d'hémorragie : observation VI).

IV. — SUITES DE COUCHES.

Les suites de couches par contre, ne sont pour ainsi dire jamais troublées. Exceptionnellement *l'involution utérine peut être gênée* par la zone de fixation siégeant sur l'organe gestateur qui reprend alors difficilement son volume normal.

III

MÉCANISME DES DYSTOCIES

Les observations que nous avons citées précédemment nous ont montré que le comportement d'un utérus ayant subi une opération de fixation quelconque, peut être troublé, à n'importe quelle phase de la gestation ou de la parturition. Aussi dans ce chapitre nous attacherons-nous à mettre en évidence le mécanisme des dystocies que nous avons rapportées.

I. — HYSTÉROPEXIE CORPORÉALES.

Avec les hystéropexies corporéales nous grouperons les *ligamentopexies compliquées d'adhérences* unissant à la paroi abdominale la face antérieure de l'utérus à un niveau variable et sur une étendue variable suivant les cas. Ces adhérences sont dûes habituellemnt à l'élaboration d'un processus inflammatoire consécutif à l'opération, mais souvent, imprévisible ou à une ligamentopexie trop serrée.

1. **Antéversion exagérée.** — Dans tous ces cas, l'utérus est fixé par toute sa face antérieure et même quelquefois par son fond en antéversion forcée. Son axe longitudinal qui, normalement correspond à peu près à l'axe pelvien, se rapproche de l'horizontale et tend par conséquent à devenir perpendiculaire à l'axe du bassin. Ainsi le col utérin s'élève et bascule de manière à diriger son orifice vers la colonne vertébrale. C'est de cet ensemble de faits que découlent les divers incidents et accidents que nous avons énumérés au chapitre précédent.

2. **Développement utérin irrégulier.** — En effet, pendant la grossesse, l'ampliation utérine nécessaire au développement de l'œuf et devant intéresser tout le corps utérin, est gênée par la zone d'adhérences qui bloque la face antérieure de l'organe. Celui-ci se développe donc d'une manière irrégulière et sa face postérieure s'amincit à l'extrême pour fournir le tissu nécessaire à l'accroîssement de ses dimensions. Il est évident que dans un utérus aussi gêné dans son extension, l'accomodation du fœtus et même son développement pourront être troublés. C'est ainsi que l'observation n° 1 rapporte un cas d'avortement, l'observation n° 7 un cas d'accouchement prématuré d'un fœtus mort et l'observation n° 2 un cas de césarienne.

Enfin l'amincissement de la paroi utérine postérieure peut s'accentuer au point de menacer de se rompre, c'est le cas de l'observation n° 3 où l'on voit que la dystocie a réclamé non seulement une césarienne mais encore une hystérectomie. Les compte-rendus opératoires des observations n^{os} 4, 5 et 10 montrent également un développement de l'utérus portant sur le fond et la face postérieure de l'organe.

3. **Présentations vicieuses.** — D'autre part, les observations n^{os} 3, 4, 5 et 9 rapportent des cas de *présentations transversales.* Elles s'expliquent facilement. Comme nous l'avons dit plus haut, l'axe de l'utérus après la ventrofixation ne correspond plus à l'axe pelvien, il lui devient perpendiculaire. Rien d'étonnant alors à ce que le fœtus se mette en position transverse puisque l'organe qui le contient ne peut se développer que dans ce sens. Quand arrive le moment du travail les contractions utérines qui normalement poussent le fœtus à franchir le détroit supérieur le poussent cette fois dans le sens où il se trouve évoluer le plus facilement, c'est-à-dire en travers, la tête allant s'encastrer dans la fosse iliaque au lieu de s'engager dans l'orifice supérieur du bassin. Petit à petit, sous l'influence de cette poussée, la présentation se coiffe de la partie haute de la face utérine antérieure qu'elle refoule devant elle ainsi que « la

saillie dûe à l'hypertrophie de la masse musculaire antéro-inférieure qui constitue une véritable tumeur mettant obstacle à la dilatation du col et à la bonne direction du fœtus ». La présentation transversale est alors devenue irréductible et l'accouchement maintenant impossible par les voies naturelles doit être terminé par voie haute.

Il peut arriver aussi, mais plus exceptionnellement, que le fœtus, même s'il se présente par le sommet ne puisse s'engager normalement. Ceci se produit quand la non concordance des axes utérin et pelvien place la tête fœtale en *asynclitisme*. Les contractions de l'utérus dévié inclinent cette tête sur l'un de ses pariétaux de telle sorte que l'asynclitisme s'accentuant de plus en plus, la présentation se fixe en attitude vicieuse. L'engagement devient impossible, l'application de forceps dangereuse; cette fois encore l'accouchement ne pourra se faire par voie basse, l'hystérotomie est obligatoire (observation n° 10).

4. **Anomalies de la dilatation.** — Mais les dystocies que nous rapportons ne sont pas en rapport uniquement avec les anomalies de position ou d'ampliation du corps utérin, elles nous montrent aussi que l'hystéropexie entrave les modifications que le col doit subir au cours du travail. Nous venons de dire, en effet, qu'elle lui donne une orientation anormale et une situation élevée peu propice à la dilatation et à l'engagement du fœtus dans la filière pelvi-génitale. C'est ainsi que dans les observations n^{os} 2, 3, 4, 5, 7 et 10 l'examen montre que le col est élevé et orienté dans le sens postérieur. De plus, cette direction anormale ne peut être modifiée puisque l'utérus est fixé dans une situation anormale et cette déviation a pour conséquence des anomalies de dilatation. En effet « les fibres verticales antérieures et postérieures du segment inférieur sont devenues asymétriques, celles de la face postérieure filent sur la lèvre postérieure du col devenue verticale, orientée sur le plan frontal alors que les fibres antérieures subissent une réflexion en poulie

du fait d'une manière de sacculation de la face antérieure du segment inférieur ».

Enfin come nous l'avons déjà signalé au chapitre précédent, cette dilatation est perturbée par la présence d'adhérences utéro-pariétales qui fait obstacle à la propagation de l'onde contractile tout comme le ferait une tumeur fibreuse qui dissocierait les ondes musculaires les empêchant ainsi d'atteindre leur but d'effacement puis de dilatation du col comme nous le montre l'observation n° 3.

II. — L'HYSTÉROPEXIE ISTHMIQUE.

Si les dangers de la ventrofixation ont été souvent dénoncés, cette intervention a été réhabilitée auprès de certains gynécologues, du jour où DELBET et CARAVEN lui ont apporté une modification essentielle : la limitation des adhérences utéro-pariétales à la région isthmique de l'utérus pour laisser son fond et sa face antérieure libre de se développer dans la cavité abdominale lorqu'une grossesse vient lui demander l'effort d'extension globale qu'on est en droit d'attendre de lui.

Cette méthode est effectivement moins souvent dangereuse que l'hystéropexie corporéale mais plusieurs des observations que nous avons rapportées montrent que l'isthmopexie peut, elle aussi, entraîner de graves accidents obstétricaux. C'est ainsi que l'observation n° 11 relate un cas de rupture utérine, l'observation n° 12 deux cas de césarienne et enfin on peut rapprocher d'elles l'observation n° 8 qui rapporte une dystocie consécutive à une *ligamentopexie suivie de la formation d'adhérences* entre la paroi abdominale et l'utérus mais siègeant uniquement sur la partie la plus basse de la face antérieure de l'utérus donc sur sa portion isthmique.

Nous avons étudié tout à l'heure le mécanisme des accidents dystociques consécutifs à la ventrofixation, essayons maintenant

de reprendre le mécanisme des accidents de même ordre survenant après une isthmopexie.

1. **Difficulté du repérage de l'isthme.** — Dans cette dernière intervention l'aire de fixation utérine doit être, par définition, limitée à l'isthme. Il est donc nécessaire pour mener à bien l'opération de pouvoir déterminer exactement cette région de manière à ne pas risquer de placer l'un des fils fixateurs dans le corps utérin. Or le repérage de l'isthme est une chose extrêmement délicate.

Les manuels d'anatomie définissant l'isthme : la ligne de démarcation entre le corps et le col utérin; mais c'est une ligne idéale plutôt qu'une ligne réelle. Pour faire une hystéropexie dite isthmique, des habitués de cette technique, MM. Leibovici et Yovanovich nous donnent comme seul repère de « passer 2 ou 3 fils dans l'isthme, le plus bas juste au fond du cul-de-sac vérico-utérin ». Mais l'observation n° 11 nous montre qu'un fil qu'on avait l'intention de passer dans l'isthme et même « très bas » dans l'isthme se trouve avoir traversé la partie inférieure de la face antérieure du corps. C'est à cette erreur de place que M. J. Bret attribue l'insidieuse rupture de l'utérus de sa malade.

De plus, si l'isthme est marqué chez la femme vierge ou nullipare par un étranglement léger entre le corps et le col cet étranglement s'atténue de plus en plus au fur et à mesure que l'utérus est distendu par les grossesses. Si l'on considère par ailleurs que rétroversion et prolapsus se rencontrent plus généralement chez des femmes ayant eu plusieurs maternités que chez les autres on comprendra que, le jour venu de corriger leur infirmité on ne pourra repérer qu'avec beaucoup de difficulté l'emplacement de l'ancien étranglement qui marquait l'isthme de leur matrice maintenant relâchée et les erreurs n'en seront que plus favorisées.

2. **Antéversion exagérée.** — Mais même lorsqu'on aura pratiqué une véritable isthmopexie pourra-t-on avoir la certitude

que tout accident sera écarté de l'avenir obstétrical de l'opérée? Il n'en est rien.

L'utérus est évidemment moins antéversé qu'après la ventrofixation mais il l'est quand même beaucoup plus que normalement et le col est maintenu également dans une situation beaucoup plus élevée que dans sa position habituelle. Dans la revue de chirurgie de 1937, voulant prouver que la suspension haute de l'utérus par son isthme est plus fidèle dans ses résultats que la périnéorraphie lorsqu'il s'agit de guérir un prolapsus, MM. LEIBOVICI et YOVANOVICH déclarent : « A chaque effort de mise en tension de l'abdomen, la ligne blanche se tend et remonte. Ce faisant, elle soulève l'utérus symphysé à sa face profonde. Elle le soulève et le retient d'autant plus fortement que l'effort est plus violent » et plus loin ils ajoutent : « Plus la malade fait effort, plus l'utérus est plaqué contre la paroi et le vagin se ferme ». En somme la poussée abdominale force l'utérus à augmenter son antéversion.

Si l'utérus est gravide les forces de pression intra-abdominales agissent toujours dans le même sens et au moment du travail d'accouchement le col déjà haut situé s'élèvera encore (observations 8, 11, 12-a et b) et il pourra très bien arriver que dans cet utérus exagérément antéversé le fœtus s'accomode mal et se place dans une position transversale ou dans un hyperasynclitisme qui, tout comme après l'ancienne ventrofixation et pour les mêmes raisons, pourra devenir irréductible. L'observation n° 12 nous présente pour une même femme deux cas successifs d'une semblable évolution de l'accouchement qui chaque fois a dû se terminer par une opération césarienne.

3. **Développement irrégulier du segment inférieur.** — Par ailleurs la région correspondant à la partie de l'utérus qui, au cours de la grossesse devra se distendre pour former le segment inférieur est justement celle qui constitue la zone de fixation aux muscles de l'abdomen. Ainsi l'observation n° 8 expose un cas très net de formation défectueuse de ce segment inférieur.

Il s'est développé aux dépens de la face antérieure de l'utérus. Les adhérences siègeant au voisinage de l'isthme ne pouvaient, en effet, se laisser distendre pour lui permettre de prendre à ce niveau une extension suffisante.

4. **Anomalies de la dilatation.** — Enfin, ce que nous avons dit plus haut des difficultés apportées à la dilatation par la présence des adhérences créées volontairement par l'opération de l'hystéropexie corporéale ou involontairement par une inflammation consécutive à une ligamentopexie, reste vrai pour l'isthmopexie. Ce n'est pas parce que la région fixée s'étend sur une moins grande portion du muscle utérin que la contraction franchira mieux l'obstacle ainsi constitué. De toutes manières du moment que l'utérus fait corps avec la paroi abdominale que ce soit sur toute la hauteur de sa face antérieure ou seulement sur la hauteur de son isthme la synergie et l'harmonie de ces contractions peuvent être rompues et déterminer cette lenteur du travail si fréquemment rencontrée chez les anciennes opérées.

Ajoutons maintenant pour terminer ce chapitre que deux ordres de faits viennent contribuer à prouver que les accidents dystociques, quels qu'ils soient, survenant après des opérations de fixation utérine, ont pour origine la solidarité trop étroite que les adhérences ont créées entre l'utérus et la paroi de l'abdomen.

La première constatation est que des dystocies surviennent chez des femmes hystéropexiées qui avant leur opération avaient eu un ou plusieurs accouchements normaux. On peut donc bien rendre l'intervention responsable des accidents qu'elles ont dû supporter par la suite. On trouve exposés dans les observations n^{os} 1, 7, 11 et 12 des cas de ce genre.

La deuxième constatation, faite souvent celle-là au cours d'une césarienne, est que l'utérus libéré de ses adhérences reprend sa position normale. Lorsque cette libération peut être faite à temps il arrive qu'une grossesse menacée de s'inter-

rompre arrive à terme, comme le rapporte l'observation n° 1. Il peut se faire également que les adhérences ayant été rompues à l'occasion d'une intervention terminant un accouchement qu'elles avaient rendu dystocique, une nouvelle grossesse puisse évoluer et se terminer normalement. M. J.-P. DAVÉO et M^lle^ PORTES (de Nice) rapportent ainsi dans la revue « obstétrique et gynécologie » de 1944-45 le cas d'une femme césarisée dont on a libéré l'utérus et qui voit se terminer heureusement une grossesse ultérieure.

Rappelons, enfin, comme nous l'avons vu dans les observations n^os^ 3 et 4 qu'un accouchement normal après une fixation utérine n'assure pas à l'opérée l'immunité pour des accouchements futurs. Les remaniements que la grossesse, l'accouchement et le postpartum apportent au niveau de la région cicatricielle utéro-pariétale peuvent, en effet, constituer plus ou moins tardivement un obstacle à la bonne évolution des grossesses et des accouchements que la malade peut encore avoir à mener à bien.

IV

THÉRAPEUTIQUE

« Un fait est indéniable » disait PINARD à la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie du 3 mars 1899, « c'est que depuis la vulgarisation de la gynécologie opératoire, les accoucheurs ont vu apparaître soit pendant la grossesse, soit pendant l'accouchement des troubles fonctionnels chez des femmes ayant subi des opérations pratiquées sur la sphère génitale et attribuables sans aucun doute à ces dernières ». Depuis, l'expérience a confirmé cette opinion; aussi devra-t-on se montrer prudent lorsqu'il s'agira de décider une opération de cette catégorie. C'est seulement en usant de circonspection que l'on pourra prévenir les dystocies. Pour cela il est nécessaire de bien connaître les indications opératoires de la rétroversion et c'est seulement après les avoir exposées que nous parlerons du traitement des accidents obstétricaux lorsqu'ils se présentent.

I. — INDICATIONS DE L'OPÉRATION DE FIXATION UTÉRINE.

La question du traitement opératoire de la rétroversion a été débattue au 3^{me} Congrès des Gynécologues et Obstétriciens de langue française de Genève en 1923. Henry HENNEBERG a rapporté les conclusions suivantes auxquelles nous pouvons nous ranger.

« L'opération de fixation utérine est indiquée :

1) dans les rétrodéviations accompagnées de tumeurs qui ne

réclament pas l'hystérectomie. Elle est alors une opération complémentaire.

2) dans les rétrodéviations fixées, douloureuses.

3) dans les rétrodéviations fixées avec lésions annexielles non guéries médicalement.

4) dans les rétrodéviations mobiles, douloureuses, si l'utérus remis en place, les douleurs cessent.

Si les douleurs sont d'origine névropathique, un traitement médical suffit.

Si les douleurs sont dûes à des ptoses viscérales la pexie ne suffit pas.

5) dans les stérilités opiniâtres ne relevant d'aucune autre cause, ce qui est rare.

6) dans tous les cas de tendance au prolapsus.

Enfin la rétrodéviation mobile, non douloureuse ne nécessite aucun traitement ».

II. — TRAITEMENT PRÉVENTIF DES ACCIDENTS OBSTÉTRICAUX.

Lorsque l'indication opératoire est nettement posée, il faut encore songer à prévenir les dystocies possibles. On est donc amené à choisir l'opération la plus favorable au développement de la grossesse et à son heureux aboutissement. Or, l'étude des observations que nous avons exposées au début de ce travail nous a montré que les dystocies comme les accidents survenant au cours de la grossesse étaient intimement liés à l'existence d'un bloc d'adhérences fixant l'utérus à la paroi abdominale antérieure. Le traitement préventif des accidents obstétricaux sera par conséquent d'éviter au maximum la formation de ces adhérences.

Si l'on emploie *l'hystéropexie corporéale* ou même seulement *l'isthmopexie* la création de ces adhérences est obligatoire; elle constitue la base de l'opération, on la recherche pour donner

à l'utérus un point d'appui solide. Malheureusement on lui donne en même temps bien des chances d'avoir un avenir fonctionnel perturbé.

Si au contraire, on emploie l'une ou l'autre des *fixations ligamentaires* on laisse l'utérus complètement libre par rapport à la paroi abdominale. Il est alors légitime d'espérer que des adhérences d'origine inflammatoire ne viendront pas transformer cette ligamentopexie en une ventro-fixation. Naturellement, pour éviter cette union accidentelle de l'utérus à la paroi il faut apporter un soin méticuleux à la bonne réalisation de la technique choisie (généralement celle de DOLERIS et de DARTIGUES). Ainsi la fixation ligamentaire ne doit être ni trop lâche, ni trop serrée et l'on ne prendra jamais trop de précautions pour maintenir une aseptie scrupuleuse. Il semble, d'autre part, qu'après une ligamentopexie avec incision de PHANNENSTIEL les remaniements inflamatoires soient plus fréquents que lorsque l'on a adopté l'incision cutanée moins esthétique d'une laparotomie verticale et médiane. Peut-être y aurait-il lieu malgré tout de préférer cette dernière.

Enfin le soin que l'on apporte dans l'accomplissement de l'opération en même temps qu'il met autant que possible la malade à l'abri des complications pouvant déterminer des accidents dystociques diminue au maximum les risques d'avortements et d'accidents occlusifs si redoutables lorsqu'ils se présentent.

III. — TRAITEMENT CURATIF.

1. **Des accidents de la grossesse.** — Si au cours de la grossesse on voit survenir des accidents graves d'ordre abortif ou d'ordre occlusif il y a lieu de leur appliquer une thérapeutique d'urgence.

Les occlusions ne peuvent être réduites que par l'opération pratiquée aussitôt que possible et les menaces d'avortement ne

peuvent parfois être écartées qu'en libérant l'utérus des adhérences qui le fixent dans la position vicieuse menaçant d'interrompre l'évolution normale de la grossesse.

2. **Des dystocies.** — De toutes manières, lorsque la grossesse arrive à terme, si une dystocie consécutive à la pexie utérine se produit il y a lieu alors d'envisager le moyen d'y remédier.

Dans les cas les moins graves on peut assister à une évolution de l'accouchement par voie basse après un travail lent. Souvent cette évolution doit être aidée par une *application de forceps* ou même elle peut nécessiter une *version* ou une ou plusieurs *incisions du col*. La statistique de DEMELIN donne 9,8 % d'applications de forceps et 4,3 % de versions.

Pour que l'extraction du fœtus soit possible par les voies naturelles il faut d'une part que le col reste accessible au toucher et que la dilatation soit complète ou au moins très avancée. Il faut d'autre part que ces manœuvres ne fassent pas courir à la matrice le risque d'une blessure irréparable et qu'enfin elles apportent la garantie de mettre au jour un enfant vivant.

Malheureusement ces conditions ne sont pas très souvent réalisées et les observations que nous avons rapportées montrent que fréquemment l'on se trouve en face d'une dystocie vraiment grave. C'est en général une présentation transversale irréductible avec ou sans anomalie de la dilatation ou encore si la présentation est verticale la présence d'un asynclitisme prononcé empêchant l'engagement du pôle céphalique. Enfin ce peut être une menace de rupture ou une rupture utérine.

Dans tous ces cas la terminaison de l'accouchement par voie haute s'avère nécessaire. Pour extraire l'enfant vivant il faut une *opération césarienne*. C'est le cas des observations n^{os} 2, 4, 8, 9, 10, 12-a et b. Parfois même l'état de l'utérus ne permet pas sa conservation et l'on doit alors avoir recours à l'opération mutilatrice que constitue *l'hystérectomie*. Les observations n^{os} 3, 5 et 11 en citent des exemples.

On voit donc que c'est assez souvent à des remèdes héroïques que les accoucheurs sont obligés d'avoir recours et l'on ne saurait trop déplorer, dans ces cas, les fâcheuses conséquences des fixations utérines pratiquées chez des femmes jeunes, désireuses de garder leur possibilité de maternité.

CONCLUSIONS

Nous venons d'étudier, à partir de quelques observations, les divers accidents à redouter au cours de la grossesse ou de l'accouchement à l'occasion de maternités survenant chez des femmes ayant subi antérieurement une opération correctrice de prolapsus ou de rétroversion par fixation utérine. Il en ressort que :

I. — LES ACCIDENTS LES PLUS FRÉQUEMMENT RENCONTRÉS :

1° *Au cours de la grossesse* sont les douleurs dans la région de la cicatrice opératoire, les menaces d'avortement, les avortements et enfin les occlusions intestinales.

2° *Au moment de l'accouchement* les dystocies les plus habituelles sont constituées par les anomalies de la dilatation et les présentations vicieuses irréductible.

II. — UNE BRÈVE ÉTUDE DE CES DYSTOCIES NOUS A PERMIS DE CONSTATER LES FAITS SUIVANTS :

a) L'existence d'adhérences rendant l'utérus étroitement solidaire de la paroi abdominale est le point de départ des accidents dystociques.

Le bloc d'adhérences constitue en effet, un obstacle à la bonne marche de l'accouchement :

1° par sa simple présence jouant le même rôle qu'une masse tumorale située dans l'épaisseur de la paroi utérine antérieure donc dissociant les ondes contractiles.

2° par l'irrégularité du développement de l'utérus qu'il provoque au cours de la grossesse.

3° par l'immobilité anormale qu'il confère à l'utérus en le fixant solidement aux muscles abdominaux.

4° par l'orientation antiphysiologique que cette même fixation lui impose : antéversion exagérée imprimant au col un mouvement d'ascension et de bascule en arrière incompatible avec la progression régulière de la dilatation et avec la bonne accomodation du fœtus au détroit supérieur.

b) Ces modifications apportées à la statique et à la physiologie utérine au cours de la grossesse et de l'accouchement par la masse cicatricielle antérieure continuent d'exister quelle que soit l'étendue de la surface de fixation.

c) Dans la pratique les inconvénients d'une intimité trop étroite entre l'utérus et la paroi abdominale se traduisent par des dystocies souvent graves pouvant nécessiter une intervention par voie haute : césarienne ou même hystérectomie.

d) En somme puisque le bloc adhérentiel peut être rendu responsable des complications obstétricales rencontrées chez d'anciennes opérées le meilleur moyen de prévenir ces accidents est d'employer la technique opératoire qui risque le moins de créer cette dangereuse solidarité utéro-pariétale, à savoir l'une ou l'autre des *ligamentopexies*.

En effet, exprimant son opinion au sujet des hystéropexies corporéales, Doleris disait autrefois : « Ces procédés sont antiphysiologiques et dépourvus de sens chirurgical autant que d'art. En même temps qu'ils sont parfaitement inélégants ils

annihilent la mobilité de l'utérus et contrarient sa fonction primordiale : la parturition ».

L'hystéropexie moderne, isthmique, donne plus rarement des dystocies mais leur gravité, que montrent les exemples cités ici, nous permettent de continuer à nous ranger à l'opinion de DOLERIS et à penser avec DARTIGUES que « seules sont valables les ligamentopexies ».

Vu :
Le Doyen,
CALVET

Vu :
Le Président de Thèse,
GUILHEM

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Toulouse, le 1er juillet 1947.

Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université,
DOTTIN

BIBLIOGRAPHIE

AMIEL. — *Les indications respectives de la ligamentopexie inguinale et de la ligamentopexie abdominale.* Thèse de Toulouse, 1931-1932.

BARNSBY. — *Résultat éloigné de la ligamentopexie abdominale pour rétroversion utérine mobile chez des femmes jeunes.* 21me Congrès de Chirurgie, 1908, page 280.

BAZY. — *Les résultats éloignés des hystéropexies abdominales.* Revue de gynécologie et chirurgie abdominale, 1912, page 561.

BÉGOUIN. — *Etude critique des interventions pratiquées contre les prolapsus génitaux.* Congrès de chirurgie, 1923, page 240.

BÉNASSY. — *Contribution à l'étude du traitement des rétrodéviations utérines.* Gynécologie et obstétrique, 1942, page 97.

BOHN-ROUBINOVICH. — *Contribution à l'étude des prolapsus génitaux considérés dans leur rapport avec la puerpéralité.* Thèse de Paris, 1912.

BOUFFE DE SAINT-BLAISE, FRUHINSHOLZ, DELAHOUSSE et OUÏ. — *Traitement des déviations utérines et des prolapsus génitaux.* Gynécologie et obstétrique, 1911, page 721.

BRET. — *Rupture utérine après ligamentopexie isthmique à la soie à symptomatologie fruste.* Gynécologie et obstétrique, 1945, n° 10, page 325.

BROUHA. — *Césarienne classique suivie d'hystérectomie dans un cas de dystocie consécutive à l'hystéropexie.* Société belge de gynécologie et obstétrique, 1920. Gynécologie et obstétrique, 1920, page 188.

COTTE et PEYCELON. — *De la fixation ligamentaire de l'utérus.* Gynécologie et obstétrique, 1926, page 241.

DARTIGUES, DUPONT, FRUHINSHOLZ, MICHEL, PÉRAIRE. — *Résultat éloigné d'une hystéropexie isthmique.* Paris chirurgical, 1921, page 375.

DEVÉO et M^lle PORTES. — *Suite à une observation de dystocie grave après* DOLERIS. Gynécologie et obstétrique, 1944, 45. Tome 44, n° 12, page 489.

DELAGENIÈRE. — *Hystéropexie ou suspension haute de l'utérus.* Gynécologie et obstétrique, 1904, page 70.

DELBET et CARAVEN. — *De l'hystéropexie isthmique.* Revue de gynécologie et chirurgie abdominale, 1908, page 70.

DEMELIN. — *Des hystéropexies considérées au point de vue obstétrical.* L'Obstétrique, 1896, page 391.

DICKINSON. — *Accouchements après ventrofixation : un cas de rupture utérine et un cas d'opération césarienne.* American journal of obstétrics, juillet 1901, page 34.

DOLERIS, LE JARS, LE FORT, OUÏ. —*De l'hystéropexie au point de vue des grossesses consécutives.* 4^me Congrès de gynécologie, obstétrique et pédiatrie de Rouen, 1904. Gynécologie et obstétrique, 1904, page 430.

DUVERGER. — *Des dangers éloignés de l'hystéropexie chez les femmes jeunes.* Société de médecine et chirurgie de Bordeaux, 1920, n° 18, page 309. Gynécologie et obstétrique, 1920, page 411.

EPARVIER et MAICHON. — *Des ligamentopexies dans leurs rapports avec la fécondation, la grossesse et les suites de couches.* Lyon médical, 1925, page 213. Gynécologie et obstétrique, 1928, page 287.

FAYOT. — *Traitement chirurgical des prolapsus génitaux.* Thèse de Paris, 1932.

FERRIER. — *Dystocies par excès d'asynclitisme.* Thèse de Toulouse, 1943.

GOGOBÉRIDZÉ. — *Le traitement chirugical des déviations de l'utérus.* Revue médicale d'Odessa, 1928, n° 3, page 807. Gynécologie et obstétrique, 1928, page 284.

GOUBAROFF. — *Dystocie dûe à une hystéropexie antérieure ayant nécessité l'opération césarienne.* Archives de tocologie, nov. 1895, page 806 et l'Obstétrique, 1896, page 74.

HENNEBERG, AUDEBERT, SCHICKÈLÉ. — *Les interventions chirurgicales dans les rétroversions utérines en dehors de la grossesse.* Le progrès médical, 1923, pages 455 et 456.

JEANNIN. — *Conceptions actuelles du traitement chirurgical de la rétroversion de l'utérus.* Congrès français de gynécologie, obstétrique et pédiatrie de Toulouse, 1910. Presse médicale, 1910, page 771 et 810.

LAPEYRE. — *Prolapsus utérin et hystéropexie chez les nullipares.* Congrès de chirurgie, 1908, page 276.
Le prolapsus utérin chez les nullipares est justiciable de l'hystéropexie abdominale. Congrès de chirurgie, 1923, page 402.

LAURENT. — *Traitement chirurgical des rétroversions utérines par la fixation ligamentaire.* Thèse de Lyon, 1942-43, n° 242.

LEIBOVICI et YOVONOVICH. — *La suspension haute de l'utérus dans le traitement des prolapsus génitaux.* Revue de chirurgie, 1937, page 582.

LEPAGE. — *Sur un cas de dystocie par hystéropexie abdominale.* Gynécologie et obstétrique, 1917, page 705.

LOUVIER. — *Contribution à l'étude des rétrodéviations douloureuses de l'utérus.* Thèse de Montpellier, 1920.

MACIAS DE TORRÈS. — *Les inconvénients de l'opération de* DOLERIS. Gynécologie et obstétrique, 1934, page 565.

MATVEIEFF. — *Du traitement radical de la rétroflexion fixée de l'utérus.* Gynécologie et obstétrique, 1932, page 121.

MERGER. — *Rétrodéviations de l'utérus.* Encyclopédie médico-chirurgicale, gynécologie, tome I, pages 265-272 et 273-280.

NÈGRE. — *La ligamentopexie croisée.* Presse médicale, 9 nov. 1946, n° 54.

ORTODUXU. — *Ligamentopexie et isthmopexie dans les rétrodéviations utérines.* Thèse de Paris, 1922.

OUÏ. — *L'hystéropexie envisagée au point de vue de son influence sur les grossesses ultérieures.* Gynécologie et obstétrique, 1904, page 225.

PINARD et SECOND. — *Suites éloignées de l'hystéropexie; présentation d'un utérus hystéropexié depuis plus de 6 ans et enlevé par hystérectomie abdominale.* Société d'obstétrique et gynécologie de Paris, 1899. Gynécologie et obstétrique, 1899, page 310.
Opération césarienne et hystérectomie pour présentation de l'épaule irréductible chez une femme ayant subi antérieurement une hystéropexie abdominale. Gynécologie et obstétrique, 1908, page 621.

PROUST. — *Grossesse normale dans un utérus rétroversé réduit par le procédé* DARTIGUES. Gynécologie et obstétrique, 1910, page 116.
Technique des interventions chirurgicales dans les rétroversions de l'utérus en dehors de la grossesse. Gynécologie et obstétrique, 1923, page 123.

ROSNER. — *Hystéropexie et gestation.* Gynécologie et obstétrique, 1922 ,page 185.

ROUZAUD. — *Hystéropexie et grossesse par déviation utérine.* Thèse de Paris, 1931.

SAVARIAUD. — *Etude critique des interventions pratiquées contre les prolapsus génitaux.* Congrès de chirurgie, 1923, page 271.

SAZERAC DE FORGE. — *Contribution à l'étude des ligamentopexies. Intérêt au point de vue obstétrical.* Thèse de Paris, 1927.

SCHICKÈLÉ. — *Opération type du prolapsus vaginal.* 32me Congrès de chirurgie, 1923, page 336.

SÉSTÉ. — *Etude critique des procédés opératoires de suspension de l'utérus.* Thèse de Paris, 1927.

SEITZ. — *Sur le traitement chirurgical de la rétroversion-flexion.* Archiv. fur gyn., tome CXIV, n° 1, 1920, page 141, Gynécologie et obstétrique, 1923, page 442.

SOLIÉRI. — *Hystéropexie et grossesse.* Berlin Klin Wochensch 5 déc. 1910, page 22.

TIKANADZÉ. — *Les résultats éloignés du traitement des rétrodéviations de l'utérus par le procédé de* DOLERIS-GILLIAM. Gynécologie et obstétrique, 1929, page 304.

TRILLAT, MAGNIN et DUMONT. — *Deux observations de dystocies consécutives à des fixations chirurgicales de l'utérus.* Gynécologie et obstétrique, 1945, n° 10.

VACLAV-SEBECK. — *Hystéropexie abdominale comme cause de dystocie.* Rozhledy v chirurgi à gynaeckologii, tome XI, fascicule I, page 30. Gynécologie et obstétrique, 1933, page 72.

WALTHER. — *Etude critique des interventions pratiquées contre les prolapsus génitaux.* Congrès de chirurgie, 1923, page 339.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

INTRODUCTION 13

I. OBSERVATIONS

Observation n° 1 19
Observation n° 2 20
Observation n° 3 20
Observation n° 4 20
Observation n° 5 22
Observation n° 6 23
Observation n° 7 24
Observation n° 8 27
Observation n° 9 28
Observation n° 10 30
Observation n° 11 33
Observation n° 12 35

II. ETUDE CRITIQUE 38

III. MÉCANISME DES DYSTOCIES 45

IV. THÉRAPEUTIQUE 53

CONCLUSIONS 58

BIBLIOOGRAPHIE 61

Toulouse. — Typ. Édouard Privat. — 325-9-47